FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N° 1256

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Jean-Marie MALASSAGNE

né le 20 Janvier 1932 à Damery (Marne)

Présentée et soutenue publiquement le : 1962

PROPOSITION POUR UN MOYEN DE THERAPIE LOCALE CONTINUE DANS LES INFECTIONS GENITALES BASSES DE LA FEMME.

Président : Mr. MERGER, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Jean-Marie MALASSAGNE

né le 20 Janvier 1932 à Damery (Marne)

Présentée et soutenue publiquement le :

PROPOSITION POUR UN MOYEN DE THERAPIE LOCALE CONTINUE DANS LES INFECTIONS GENITALES BASSES DE LA FEMME.

Président : Mr. MERGER, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-V^e

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538117_0004

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Cinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Broussais	SOULIÉ (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Lariboisière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgixale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAILLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A. QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J,)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Mes Chers Parents

à qui je dois tout

Qu'ils trouvent ici

la récompense des efforts

et des peines de toute leur vie.

A ma femme

A toute ma famille et amis

A Mon Président de Thèse Monsieur le Professeur MERGER

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur CHAPPAZ

Professeur à l'Ecole de Médecine de REIMS

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de REIMS

Qui m'a toujours manifesté une grande bienveillance au cours de mon séjour dans son service et m'a inspiré le sujet de cette thèse.

Qu'il trouve ici toute l'expression des sentiments de l'élève à son Maître.

A Monsieur le Docteur BAZELAIRE

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de REIMS

Qui nous a aidé dans ce travail
et nous a toujours éclairé de ses
conseils.

A Monsieur le Docteur GUIMEZANNES

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de REIMS

Qui nous a fait bénéficier de

sa haute expérience.

A Monsieur le Docteur BERTRAND

Ancien Externe des Hôpitaux de NANCY

En remerciement de sa généreuse collaboration.

A Mes Maîtres dans les Hôpitaux de REIMS.

I N T R O D U C T I O N

Depuis plus de 60 ans, de nombreux auteurs ont examiné comment variait la flore du vagin, soit dans ses conditions physiologiques normales, soit en face des perturbations hormonales, soit dans les cas d'agressivité par les agents pathogènes venant de l'extérieur ou de l'organisme même de la femme.

Le Professeur G. CHAPPAZ a publié largement l'ensemble de ses travaux dans un ouvrage connu ainsi que l'analyse des publications sur ce sujet jusqu'à nos jours.

L'activité du Service de Clinique Obstétricale et de Gynécologie du Centre Hospitalier Universitaire de REIMS, sous la Direction du Professeur CHAPPAZ, s'est poursuivie dans ce sens depuis 1945. Concernant la thérapie locale des infections génitales basses, nos essais multiples, nous ont conduits vers les étapes suivantes :

1 - Constater sous le microscope les échecs ou les insuffisances des méthodes actuelles, malgré la valeur indispensable d'un grand choix d'agents actifs.

2 - à chercher les explications de ce fait paradoxal

3 - à concevoir un procédé plus logique d'application locale des divers agents médicamenteux.

Au cours des assises internationales qui ont assemblé plus de 400 spécialistes des infestations à Trichomonas (REIMS 1957), le procédé que nous exposerons plus loin avait déjà été effleuré.

LES METHODES ACTUELLE DE THERAPIE VAGINALE LOCALE

A notre connaissance, pour porter un antiseptique, un antibiotique, une hormone, une bouillie lactique, au contact de la muqueuse vaginale ou de l'exocol, nous pouvons choisir l'un des procédés suivants :

1 - Les irrigations (dites "injections") vaginales.

2 - Les ovules mous.

3 - Les ovules secs ou tablettes, effervescents ou non.

4 - Les poudrages et les badigeonnages par le praticien.

5 - Les mèches, pansements ou tampons.

6 - Certains supports spéciaux fondants ou fermentescibles.

Nos contrôles sur les résultats acquis par ces différentes méthodes en vue d'établir une sorte de hiérarchie dans l'efficacité se traduisent dans l'exposé qui suit :

1 - LES IRRIGATIONS VAGINALES

L'usage en est accrédité par une très ancienne habitude. Toutes les malades comprennent de suite de quoi il s'agit. Un grand nombre en usent et en abusent pour le seul usage dit "intime".

Persuadées, surtout quand le milieu social est évolué, que le vagin a besoin d'être fréquemment lavé et désinfecté, ignorant tout du mécanisme de l'auto-épuration vaginale, elles obéissent, croient-elles, à un impératif de propreté et d'hygiène.

Le praticien,quand il les choisit dans sa prescription, indique des produits qui varient depuis le moins agressif jusqu'au plus irritant, mais nous avons dans l'arsenal de la pharmacologie moderne des agents bactéricides extrêmement puissants, lesquels judicieusement dilués n'ont pas d'action caustique.

Pourtant, le contrôle de laboratoire nous enseignera que cette méthode ne donne jamais les résultats escomptés.

L'examen clinique montre en effet, qu'aussitôt le traitement terminé, l'état antérieur se retrouve assez vite. En vain essaiera-t-on de faire varier dans le bock les médicaments ajoutés à l'eau. Les bienfaits constatés par la malade sont tellement fugaces, qu'il faudra accepter de poursuivre sans arrêt ce traitement ou demander à son médecin le recours à une autre méthode.

Les spermatozoïdes sont alors les seules victimes. La flore normale et bienfaisante du vagin subsistera parfois malgré sa vulnérabilité. Mais les germes pathogènes quels qu'ils soient, résistent aussi suffisamment pour reconstituer leur colonie entière, durant les quelques heures séparant deux injections vaginales.

Sans doute, si l'on pouvait mettre en place un système d'irrigation vaginale continue, comme il a été imaginé en traumatologie pendant une époque, pour les plaies infectées, pourrait-on venir à bout des germes pathogènes. Mais au prix de quelles difficultés !

ESSAIS SUR LES IRRIGATIONS VAGINALES

a - avec une solution d'hypochlorite de soude (liqueur de Labarraque)

Concentration : 1 cuiller à soupe pour 1 litre d'eau tiède

Bock et canule à jet rotatif
Rythme : 1 matin et soir.

1ère série

(flore impure)

14 femmes ont avant tout traitement : flore à cocci variés sans B. de Döderlein (désignés dans la suite B.de D.)

après 24 heures .....aucun changement

après 48 heures .....aucun changement

après 5 jours .....aucun changement

Ces 14 femmes reçoivent, sauf 2 qu'on ne revoient pas, le même tratitement avec :

Concentration : 2 cuillers à soupe par litre d'eau.

après 24 heures.....aucun changement

après 48 heures (12 femmes).. flore un peu plus rare

après 5 jours..... flore peu changée

2 jours après cessation.....flore initiale de retour.

2ème série

(flore pure)

11 femmes ont avant tout traitement : flore pure à B.deD. aucun symptôme pathologique.

Concentration : 1 cuiller à soupe par litre d'eau tiède

après 24 heures .....flore semblable

après 48 heures (9femmes)....flore peu changée

après 5 jours (7femmes)..... 6 sans changement

3è série flore impure cocci et B.deD.

Concentration : 2 cuillers à soupe par litre :

7 femmes seulement

après 24 heures..... diminution des B.deD.

après 48 heures .... tendance à une flore moins pure : cocci, batonnets Gram - et B.deD.

après 5 jours ..... - 2 femmes n'ont plus de B.deD. mais des germes variés

- 3 ont une flore moins pure qu'avant traitement, mais encore du B.deD.
- 1 a une vaginite à trichomonas
- 1 a du candida albicans.

Nous avpns en plus, fait l'expérience suivante :

3 heure après une irrigation (2 cuillers à soupe par litre) nous avons examiné la flore sur lame. Elle était absolument inchangée.

Conclusion

Il faut constater qu'après une irrigation matin et soir, avec une solution d'hypochlorite de soude (1 à 2 cuillers à soupe par litre), il n'y a pas le moindre effet thérapeutique à attendre. Bien plus, si l'on traite à tort une femme qui a une flore pure, on la diminue en pureté et l'on peut voir apparaitre une vaginite à germes variés, à Candida ou à Trichomonas.

Cette méthode est à bannir complètement, avec cet agent antiseptique.

Le tableau I résume ces essais :

TABLEAU I

I R R I G A T I O N S V A G I N A L E S

(Bock et canule à jet rotatif)

Variations pathologiques	au départ			après 48 heures			après 48 heures		
	Nbre de cas.	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas.	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas.	Flore pathogène	B. de D.
15 cc HYPOCHLORITE de Na dans 1 l. d'eau	14	cocci variés ++	0	14	++ divers	0	14	++ divers	0
30 cc HYPOCHLORITE de Na dans 1 l. d'eau	14	cocci variés ++	0	12	+	0	12	+	0
15 cc HYPOCHLORITE de Na dans 1 l. d'eau	11	0	++	9	0	++	6 1	0 ++	++ ++
30 cc HYPOCHLORITE de Na dans 1 l. d'eau	7	0	++	7	+	+	2 3 1 1	+ ++ T.V. + candida +	- + - -
vagins sains.									

T.V. = Trichomonas vaginalis
B. de D. = abréviation de Bacille de Döderlein

\+ présence en petite quantité
+++ présence abondante
\- négativation

b - Irrigation avec une solution de méthosulfate de méthylphényl-dodécyl-triméthyl-ammonium :

Concentration : 1 cuiller à café dans 1/2 litre d'eau.

Rythme : une fois par jour.

1ère série

(flore pure) 4 femmes avec une flore pure de B. de D. :

après 12 heures..... flore pure, mais très diminuée

après 20 heures..... flore initiale rétablie

après 48 heures..... flore très pauvre : B. de D. et rares cocci.

après 5 jours..... flore très pauvre : idem

48 heures après cessation : - 2 femmes ont rétabli leur flore initiale

- 1 femme a encore une flore pauvre

- 1 femme présente du Candida et du B.de D.

2ème série

(Trichomonas) 3 femmes avec du trichomonas, pas de B.de D.:

après 5 jours..... - 1 ne présente plus de T. vaginalis

- 2 sont dans le même état

48 heures après cessation: - 3 femmes présentent comme avant du trichomonas.

3ème série

(flore impure) 5 femmes avec une leucorrhée à germes banaux, sans B.de D.

après 20 heures..... même état

après 48 heures ..... flore pauvre à germes variés

après 5 jours ..... flore apuvre à germes variés.

48 heures après cessation : flore à germes variés.

Concentration : 2 cuillers à café par 1/2 litre d'eau :

Les 3 femmes à Trichomonas n'ont manifesté aucun changement bactériologique, mais une amélioration des symptômes, avec diminution de la leucorrhée.

Après 48 heures suivant la cessation du traitement :

- 2 avaient du trichomonas à l'examen direct
- 1 avait un examen direct négatif, mais une culture positive.

4 femmes avec flore variée se sont plaintes d'une certaine irritation locale, et avaient dans l'ensemble les mêmes résultats qu'avec une concentration moins élevée.

Conclusions

Il n'est pas douteux que ce traitement avec un mouillant détersif a un effet bien plus puissant en irrigation vaginale que l'hypochlorite, mais il ne suffit pas à détruire toute la flore vaginale. Si l'on augmente, soit le rythme de traitement (2 par jour) ou la concentration, on se heurte à un inconvénient d'irritation locale.

Le tableau 2 résume ces résultats.

T A B L E A U I I

IRRIGATION AVEC UNE SOLUTION DE METHOSULFATE DE METHYL-PHENYL-DODECYL-TRI-MEHTYL-AMMONIUM

	Au départ			Après 48 heures			Après 5 jours		
Rythme : une par 24 heures Concentration	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.
5 cc dans 500 cc d'eau	4	0	+++	4	quelques cocci	+	4	+ rares cocci	+
	3	T.V.+	0	3	T.V.+		2	T.V. +	0
							1	T.V. -	0
	5	+++ germes banaux leucor.	0	5	germes variés +	0	5	+++ germes variés rares +	0
10 cc dans 500 cc d'eau	3	T.V.+	0	3	T.V.+	0	3	T.V.+ irritation locale	0
	4	+++	0	4	germes diminués ++	0	4	germes rares +	0

- = négativation
+++ = très abondants
+ = peu abondants

B.de D. = Bacille de Döderlein
T.V. = Trichomonas vaginalis

c - Essais avec autre détergent bactéricide : le bromure de méthylammonium

8 femmes ont suivi le traitement, mais 5 seulement ont été observées jusqu'à la fin.

Rythme : une irrigation par jour

Concentration : solution dans l'eau à 5 °/₀

Dans l'ensemble, les résultats ont été les mêmes qu'avec le produit précédent. Résultats incomplets, restitution de la même flore 48 heures après cessation du traitement. Si le rythme ou la concentration augmentent, effets irritants.

2 - LES OVULES MOUS

a - Ovules à l'iode colloïdal - un par jour.

1ère série

(flore pure) 5 femmes avec une flore pure de B.de D.

après 16 heures..... flore pure mais très appauvrie

après 48 heures..... idem

après 5 jours..... idem

48 heures après cessation : - 2 femmes ont une flore abondante à germes variés

- 3 femmes ont rétabli leur flore initiale.

2ème série

(Trichomonase) 3 femmes avec une vaginite à trichomonas :

après 5 jours..... toutes les 3 ont du trichomonas à l'examen direct.

3ème série

(flore impure) 7 femmes ont une leucorrhée banale, avec une flore sans B.de D.

après 5 jours:..... même état

Conclusions :

Les ovules à l'iode ont appauvri un peu la flore pendant le traitement,dans l'ensemble ils n'ont pas permis d'obtenir l'effet thérapeutique souhaitable.

b - Ovules avec un mélange de Tanin et de Sulfate de Zinc :

1ère série

(flore pure) 3 femmes présentaient une leucorrhée hyper hormonale avec flore pure à B.de D.

après 48 heures.....amélioration nette de la leucorrhée, mais persistance de très nombreux B. de D.

après 5 jours.....même résultats

48 heures après cessation du traitement :
- 1 femme a changé sa formule, avec disparition des B.de D.
- 2 autres ont rétabli leur flore exubérante à B.de D.

2ème série

(flore impure) 5 femmes avaient une flore variée sans B.de D.

après 15 heures..... pas de changement

après 48 heures..... pas de changement

après 5 jours ..... pas de changement

Conclusions

Ce traitement est susceptible de nuire à une flore pure, et n'a aucun effet sur une flore impure.

Ces résultats sont résumés dans le tableau III

TABLEAU III

	Au départ			Après 48 heures			Après 5 jours			2 jours après la fin		
	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.
Ovules à l'iode 1 par jour	5	0	+++	5	0	+	5	0	+	2	+	+
	3	T.V. ++	0	3	T.V. ++	0	3	T.V. +	0	3	0	+++
	7	+++ germes variés	0				7	++ germes variés	0			
Ovules au tanin sulfate de zinc 1 par jour	3	0	+++	3	0	++	3	0	+	1	0	0
	5	+++ germes variés	0	5	++ germes variés	0	5	++	0	2	0	+++

B.de D. = Bacille de Döderlein
T.V. = Trichomonas Vaginalis

0 = absence
+++ = très nombreux
+ = rares

c - Ovules à l'argent colloïdal

Rythme : un par jour.

1ère série

(flore pure) 5 femmes,dont 4 ont pu être suivies, avec flore pure de B.de D.

après 15 heures.....légère diminution par champ de la la flore pure

après 48 heures .....même état

après 5 jours ..... mutation chez l'une en flore impure
3 sans changement.

2ème série

(trichomonase) 3 femmes avec présence de trichomonas :

après 5 jours.....aucun changement, protozoaires un peu moins abondants

48 heures après cessation
du traitement ..... 2 ont pu être contrôlées et se trouvaient dans l'état antérieur au traitement.

3ème série

(mycose) 2femmes avec vaginite à Candida Albicans :

après 5 jours.....examen négatif sur lame, mais l'une a une culture positive sur gélose de Sabouraud.

4ème série

(flore impure) 5 femmes avec une flore initiale impure, sans B.de D. :

après 5 jours.....aucun changement

48 heures après la fin du traitement..aucun changement chez 4 présence de Trichomonas chez une

Conclusions :

Ce traitement s'est montré sans effet, ni après 15 heures, ni après 5 jours. Il peut être accusé d'avoir une fois permis au Trichomonas de s'ajouter à la flore initiale.

Ces résultats sont résumés dans le tableau IV

T A B L E A U I V

	Au départ			Après 2 jours			Après 5 jours			2 jours après cessation		
	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.
OVULES à SELS D'ARGENT 1 PAR JOUR	5	0	+++	4	0	++	1	+	0			
							3	0	++			
	3	T.V. +++	0	3	T.V. +++	0	3	T.V. ++	0	2	T.V. +++	0
	2	Candi +++	++	2	Candi +++	+	2	Candi -	+			
							1	Candi +	+			
	5	++ germes variés	0				4	Candi ++	0	4	Candi ++	0
							1	T.V. +	0	1	T.V. +	0

B.de D. = B. de Döderlein
T.V. = Trichomonas Vaginalis
Candi = Candida Albicans

0 = absence
+ = rares
+++ = nombreux

3 - ESSAIS SUR LES OVULES SECS EFFERVESCENTS

a - Tablettes à 0,100 g. de Chlorhydrate de Terramycine

Rythme : 2 par jour.

1ère série

(flore pure 12 femmes suivies, avec flore à B.de D. et quelques cocci :

après 24 heures..... peu de changement

après 48 heures..... flore assez pauvre, rares B.de D. chez l'une d'elles, augmentation très nette des cocci et des leucocytes.

après 5 jours.....Les B.de D. sont de plus en plus rares; la flore est peu abondante, mais encore très peu décelable.

après 8 jours..... flore initiale rétablie chez 4 femmes; sans B.de D.: mais avec des germes variés chez 4; avec candida, B.de D. et germes variés chez 4.

2ème série

(Trichomonase) 5 femmes avec vaginite à Trichomonas :

après 48 heures..... pas de changements, symptômes diminués.

après 5 jours..... - 2 positives à l'examen direct.
- 1 par coloration au May-Grünwald-Giemsa
- 1 positive à la culture
- 1 négative à toutes les épreuves.

après 8 jours..... 3 positives à l'examen direct
2 à la culture seulement

Ces résultats sont résumés dans le tableau V

T A B L E A U V

CHLORHYDRATE DE TERRAMYCINE

Au départ			Après 48 heures			Après 5 jours			Après 8 jours		
Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.
12	++ germes variés	+++	12	+++ germes variés	+	12	+ germes variés	+	14	+ cocci	+++
									4	+	0
									4	+ Candi	+++
5	T.V. ++	0	5	T.V. ++	0	4	T.V. +	0 0	3	T.V. + (ex.dir.)	
						1	T.V. -		2	T.V. + (cult.)	

T.V. = Trichomonas Vaginalis
B.de D. = Bacille de Döderlein
Candi = Candida Albicans

0 = absence
+ = rares
+++ = nombreux
- = négativé

b - Tablettes de Gramicidine + acide borique

Ryhtme : un par jour

1ère série

(Trichomonase) 14 femmes avec vaginite à Trichomonas

après 48 heures..... 11 sont +++ à l'examen direct
3 sont ++ au Giemsa ou par culture

après 5 jours..... 8 sont ++ à l'examen direct
2 sont + au Giemsa ou culture
4 sont négatives à tous examens

après 8 jours..... 3 sont ++ à l'examen direct
4 sont + au Giemsa ou par culture
7 sont négatives à tous examens

A noter chez 9 de ces femmes après 8 jours de traitement, la présence d'assez nombreux B.de D.

Plusieurs de ces femmes ont récidivé dans le cours des semaines suivantes, mais probablement par apport du partenaire ou de leur propre tractus urinaire.

2ème série

(flore impure) 6 femmes avec une flore à germes variés sans B.de D.

après 48 heures.....diminution peu appréciable des germes

après 5 jours..... 2 ont une flore très pauvre à germes variés
1 a une flore pure à B.de D.
3 sont sans changement appréciable

après 8 jours..... 1 est restée avec sa flore pure à B.de D.
5 sont revenues à leur état antérieur.

3ème série

(flore pure) 3 femmes avec une flore pure à B.de D. :

après 48 heures..... pas de changement

après 5 jours..... pas de changement

Conclusions

Sous cette forme, la Gramicidine s'est montrée active contre le Trichomonas vaginalis dans 50 °/₀ des cas. Elle a eu très peu d'effet nuisible sur la flore à B.de D.

Ces résultats sont résumés dans le tableau VI

TABLEAU VI

GRAMICIDINE

Au départ			Après 2 jours			Après 5 jours			Après 8 jours		
Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.
14	T.V. +++	0	11	T.V. +++ (ex. dir.)	0	8	T.V. ++ (ex. dir.)	0	3	T.V. ++ (ex. dir.)	+++ chez 9 femmes
			3	T.V. +++ giemsa et cult.	0	2	T.V. + giemsa et cult.	0	4	T.V. ++ giemsa et cult.	
						4	T.V. -	0	7	T.V. -	
6	++ germes variés	0	6	++ germes variés	0	2	+	0	1	0	+++
						1	0	+++	5	++ germes variés	0
						3	++ germes variés	0			
3	0	+++	3	0	++	3	0	+++			

T.V. = Trichomonas Vaginalis

B.de D. = Bacilles de Döderlein

0 = absence

\+ = rares

+++ = nombreux

\- = négativé

c - Comprimés effervescents de Stovarsol 0,25 g. + acide borique 0,05 g.

Rythme : 2 comprimés vaginaux le soir.

1ère série

(Trichomonase) 9 femmes avec vaginite à Trichomonas :

après 48 heures.....9 +++ examen direct

après 5 jours.....3 +++ examen direct
2 ++ en culture
2 négatives

après 10 jours..... 4 +++ examen direct
1 au Giemsa ou culture +
4 négatives

4 jours après fin..... 5 +++ examen direct
1 au Giemsa ou culture +
3 négatives

2ème série

(flore pure) 4 femmes avec flore pure à B.de D. :

après 24 heures.....diminution nette des B.de D.

après 48 heures.....disparition des B.de D. chez 2.

après 5 jours.....très rares B.de D. chez les 4
apparition des germes variés.

3ème série

(flore impure) 3 femmes à flore impure sans B.de D. :

après 5 jours.....pas de changement appréciable

Conclusions

Les comprimés de Stovarsol + acide borique se sont montrés actifs au rythme de 2 par jour, dans la proportion de 30 °/₀ après 10 jours de traitement sur la Trichomonase. Ils ont un effet nocif sur les B.de D. et pratiquement aucun effet sur les germes variés.

Ces résultats sont résumés dans le tableau VII.

TABLEAU VII

STOVARSOL + ACIDE BORIQUE

Au départ			Après 2 jours			Après 5 jours			Après 10 jours		
Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.
9	T.V. +++	0	9	T.V. +++ ex.dir.	0	3	T.V. +++ ex.dir.	0	4	T.V. +++	0
						2	T.V. ++ cult.	0	1	T.V. ++ cult.	0
						2	T.V. -	0	4	T.V. -	0
4	0	+++	2	0	0	4	+	+			
			2	+ germes variés			germes variés				
3	++ germes variés	0				3	++ germes variés	0			

T.V. = Trichomonas Vaginalis
B.de D. = B. de Döderlein

0 = absence
+ = rares
+++ = nombreux
- = négativé

d - Tablettes effervescentes de Trichomycine (antibiotique actif contre Trichomonas et Candida Albicans).

Rythme : une tablette matin et soir à 50.000 unités.

1ère série

(Trichomonase) 56 femmes avec vaginite à Trichomonas ont pu être suivies :

	Examen direct	Giemsa	Cultures	Négatives
après 48 heures	39 +	5 +	3 +	9
après 5 jours	26 +	5 +	2 +	23
après 8 jours	12 +	2 +	0	42
8 jours après cessation	13 +	0	1 +	42

2ème série

(mucose) 34 femmes avec vaginite à Candida Albicans :

	Examen direct	Cultures	Négatives
après 48 heures	6 +	16 +	12
après 5 jours	0	8 +	26
après 8 jours	1 +	6 +	27
8 jours après cessation	0	11 +	23

3ème série

(flore pure 16 femmes à flore pure à B.de D.

après 48 heures.....les B.de D. sont plus nombreux et plus longs.

après 5 jours..... même résultat.

Conclusions

Sous cette forme de tablettes, la Trichomycine s'est montrée très active contre le Trichomonas : 42 femmes sur 56 négativées en 8 jours, soit 75 $^{o}/_{o}$; très active contre le Candida : 27 femmes sur 54 négativées en 8 jours, soit 67 $^{o}/_{o}$, peu active contre les germes variés, sauf par voie indirecte en chassant le Trichomonas; elle favoriserait la croissance du B.de D..

Ces résultats sont résumés dans le tableau VIII

TABLEAU VIII

TRICHOMYCINE

Au départ		Après 2 jours		Après 5 jours		Après 8 jours		8 jours après la fin	
Nbre de cas	Flore	Nbre de cas	Flore	Nbre de cas	Flore	Nbre de cas	Flore	Nbre de cas	Flore
56	T.V. ++++	39	T.V. + ex.dir.	26	T.V. + ex.dir.	12	T.V. +	13	T.V. + ex.dir.
		5	T.V. + Giemsa	5	T.V. + Giemsa	2	T.V. + Giemsa	1	T.V. + cult.
		3	T.V. + cult.	2	T.V. + cult.				
		9	T.V. -	23	T.V. -	42	T.V. -	42	T.V. -
34	Candi ++++	6	Candi + ex.dir.	8	Candi + cult.	1	Candi + ex.dir.	11	Candi + cult.
		16	Candi + cult.	26	Candi -	6	Candi + cult.		
		12	Candi -			27	Candi -	23	Candi - cult.
16	B.de D. +++++	16	B.de D. +++++	16	B.de D. +++++				

Candi = Candida Albicans
T.V. = Trichomonas vaginalis
B.de D. = B.de Döderlein
cult. = culture
+ = rares
+++++ = nombreux
- = négativation

ESSAIS SUR LES POUDRAGES

a - Poudre d'Auréomycine (à 20°/₀), flacon pulvérisateur

Rythme : deux pulvérisations par jour.

1ère série

(flore impure) 8 femmes avec vaginite banale, flore variée, sans B.de D.

après 24 heures.....flore devenue très rare

après 48 heures ..... idem

après 5 jours ..... flore presque nulle, mais Candida chez un cas

48 heures après la fin.. flore variée mais peu abondante

8 jours après..... 3 vaginites à Candida, 5 à flore initiale rétablie

2ème série

(flore pure) 4 femmes avec flore pure à B.de D.

après 24 heures..... disparition de B.de D.
après 48 heures..... quelques rares germes variés
après 5 jours..... (sur 3 seulement) une vaginite à Candida.

3ème série

(Trichomonase) 4 femmes avec vaginite à Trichomonas :

après 5 jours..... 3 sont négatives à toutes épreuves
1 a un résultat + au Trichomonas
+ au Candida

Conclusions :

Sous cette forme d'emploi, l'Auréomycine se montre active contre le Trichomonas; elle favorise l'apparition des mycoces; elle est très nocive contre la flore normale du vagin.

Ces résultats sont résumés dans le tableau IX.

T A B L E A U I X

POUDRE D'AUREOMYCINE à 20 °/₀

Au départ			Après 2 jours			Après 5 jours			8 jours après la fin		
Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nbre de cas	Flore pathogène	B. de D.
8	+++ cocci germes divers	0	8	++ divers	0	7	+ divers	0	3	Candi + divers +++	0
						1	Candi +		5		0
4	0	+++	4	+ divers	0	3	++ divers	0			
						1	Candi	0			
4	T.V. ++++	0				3	T.V. -	0			
						1	T.V. + Candi +	0			

T.V. = Trichomonas Vaginalis
B.de D. = Bacilles de Döderlein
Candi. = Candida albicans

++++ : nombreux
+ : rares
0 : absence
- : négativé

b - Poudre de Biocidan-Pénicilline (ammonium quaternaire) à 1 °/₀

1ère série

(flore impure)

8 femmes à vaginite banale, flore à germes variés :

Rythme : une insufflation par jour

après 24 heures.....flore très diminuée

après 48 heures.....flore presque nulle, mais muqueuse souvent irritée

après 5 jours..... flore à zéro

(3 femmes ne sont pas revenues)

2 jours après la fin... - flore initiale chez 2
- flore pauvre sans B.de D. chez 3.

2ème série

(Trichomonase)

4 femmes avec vaginite à Trichomonas :

après 48 heures..... 2 négativées

après 5 jours..... - 1 n'est pas revenue
- 2 sont restées négatives

2 jours après la fin... une des 2 négatives est à nouveau positive.

Conclusion :

Ce produit, sous cette forme, est actif contre le Trichomonas, mais il est irritant. Si on l'étend, ce que nous avons fait par la suite, il n'est plus assez actif. Il a l'inconvénient d'être nuisible au B.de D.

Ces résultats sont résumés dans le tableau X.

T A B L E A U X

POUDRE DE BIOCIDAN + PENICILLINE

Au départ			Après 2 jours			Après 5 jours			2 jours après la fin		
Nombre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nombre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nombre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nombre de cas	Flore pathogène	B. de D.
8	+++ divers	0	8	+	0	5	0	0	2	+++	0
									3	+	0
4	T.V. +++	0	2	T.V. -	0	2	T.V. -	0	2	T.V. -	0
			2	T.V. ++	0	1	T.V. ++	0	2	T.V. -	0

T.V. = Trichomonas Vaginalis

B.de D. = Bacille de Döderlein

+++ nombreux

\+ rares

0 absence

C O M M E N T A I R E S

A part les irrigations avec une solution d'hypochlorite de sodium, nous n'avons retenu ici que les essais qui nous apparaissent comme les plus sérieux, avec des produits réputés très actifs. Pour ne pas allonger, nous écartons des essais sur plus de 50 produits divers, avec les méthodes d'emploi diverses, ceux qui se sont montrés d'emblée si décevants qu'il n'était pas utile de poursuivre longtemps l'expérience, en immobilisant un matériel humain pour des traitements plus valables.

Il apparaît :

1 - Que parmi les méthodes utilisées, il en est surtout deux dont on ne peut pas nier la supériorité sur d'autres :

les ovules secs effervescents et les poudrages.

2 - Que parmi les produits utilisés, leur choix devra dépendre de la qualité du germe que l'on veut détruire; une gamme intéressante est à notre disposition surtout dans le domaine des antibiotiques et dans celui des détergents du type des ammoniums quaternaires.

3 - Que le produit étant choisi, la méthode la meilleure sera celle qui permettra d'atteindre la plus grande surface de la muqueuse vaginale, et surtout d'imprégner celle-ci d'une façon continue avec une concentration aussi uniforme que possible de l'agent actif, sans laisser la possibilité aux germes qui persistent entre deux applications de traitement de coloniser aussi vite qu'ils ont été détruits.

4 - Que l'on doit soit respecter la viabilité des B.de D., soit assurer leur réimplantation dès la fin d'un traitement quand ce dernier a mis "la flore vaginale à zéro". Faute de cette précaution le vagin est laissé "à l'aventure" et l'on peut voir s'installer, soit des mycoses, soit le Trichomonas vaginalis.

CONCLUSION

La question se pose en conclusion de cet exposé. Est-il possible d'obtenir, avec ce même arsenal thérapeutique dans lequel on distingue des médicaments d'une valeur incontestable, une efficacité plus décisive, en utilisant ces derniers par une autre méthode que celles de routine que nous employons ?

Nous présenterons dans la deuxième partie de notre travail la conception à laquelle nous sommes arrivés.

Cliniquement, il nous est apparu depuis longtemps que des médicaments de bonne réputation ne donnaient pas les résultats décisifs que nous étions en droit d'attendre d'eux dans divers cas pathologiques; parfois, ils n'en donnaient pas du tout; plus souvent nos malades, après une amélioration fugace, étaient amenées à nous consulter à nouveau avec les mêmes doléances. Nous changions l'agent réputé actif, nous changions sa méthode d'introduction, la suite restait la même dans un trop grand nombre de cas.

Il reste donc à ces malades deux options :

- ou continuer indéfiniment un traitement dont les effets palliatifs successifs équivaudront à une guérison,

- ou suivre les conseils que leur donnera un jour ou l'autre une amie moins délicate, et s'accommodant de certains désagréments : "toutes les femmes ont des pertes blanches, il est inutile de vouloir s'en défaire". Nous pensons que la plupart de nos Confrères partagent avec nous cette opinion quelque peu pessimiste.

Les médicaments n'étaient pas les seuls responsables de nos échecs ou des récidives, puisque, lorsqu'ils étaient employés localement pour d'autres indications que les infections vaginales, leur action était beaucoup plus complète.

Nous posions alors la question. Les méthodes dont nous disposions pour porter un médicament au contact de la muqueuse vaginale sont-elles suffisantes, sont-elles logiques ? Est-il possible d'en imaginer d'autres ?

REMARQUES PREALABLES

Il ne faut pas qualifier "échecs" les récidives par réinfections conjugales, ni même celles par auto-réinfections.

Les premières sont le fait des maladies vénériennes. Chacun a bien connu l'époque où la gonococcie sévissait fréquemment, les soi-disantes rechutes qui n'étaient que la conséquence de l'urétrite ou de la prostatite de l'homme. On ne discute plus sur la nécessité de soigner les deux partenaires dans les infections blennoragiques. Cette notion s'établit bien aussi maintenant pour la trichomonase. Si pour les spécialistes de cette infestation, il ne subsiste plus aucun doute quant au mode de contamination sexuelle quasi-exclusif, les efforts que les uns et les autres ont accompli pour le faire savoir n'ont pas encore, en quelques années, suffi pour alerter les vénérologues eux-mêmes. (1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10).

Les conclusions que l'on tire et que l'on publie sur la valeur des agents trichomonacides, sont de ce fait, souvent entachées d'erreurs. Les uns accordent à des agents mineurs un crédit exagéré, car ils concluent à la guérison définitive dès la première négativation du milieu vaginal. Les autres, infirment la valeur des trichomonacides les plus puissants, car, ayant omis de soigner le partenaire, ils ne savent pas que ce qu'ils prennent pour des "rechutes", ne sont en réalité que des "réinfestations" souvent rapides. (11 - 12 - 13)

Les secondes, les rechutes par auto-réinfestation ont été pour la gonococcie la cause d'erreurs par un raisonnement inverse. Combien de malades que l'on croyait recontaminées par le commerce sexuel n'étaient victimes que d'un transfert d'un foyer occulte de colonies neisseriennes dans un urètre pourtant bien soigné ? En matière de trichomonase, une réponse insuffisamment diffusée, a été apportée comme l'une des explications du problème des récidives.

L'infestation est une entité uro-génitale, les voies urinaires d'une femme atteinte de vaginite, abritent le parasite simultanément dans la grande majorité des cas; ce que l'on avait accepté sans vérification suffisante, à savoir"l'itinéraire rectum-vagin"était faux; ce qui est bien prouvé maintenant "le trafic urètre-vagin" reste encore trop ignoré. Cette fois encore, la récidive rapide sera mise imprudemment au compte de tel ou tel trichomonacide, parce que le tractus urinaire féminin n'aura pas été traité (14 - 15 - 16).

Ces remarques s'imposaient au préalable, car l'hypothèse de travail qui doit nous conduire vers une amélioration des techniques du traitement des infections génitales basses est bien obligée, dans l'actualité de tenir compte du fait que la trichomonase est sans doute le facteur étiologique le plus fréquent de toutes les leucorrhée.

Pour estimer équitablement la valeur des méthodes et des médicaments utilisés contre la vaginite à Trichomonas, il faut donc dans les essais supposer que le problème des récidives par auto-réinfestation d'origine urétrales, ou par réinfestation d'origine vénéreinne est exclu; cette exclusion n'a pas été la plus facile à obtenir jusqu'alors, mais des progrès importants viennent d'être réalisés. Cette question n'entre pas dans le cadre de cette monographie.

Nous comparerons les techniques uniquement d'après la rapidité d'éradication du parasite du vagin et le rétablissement d'une flore normale.

HYPOTHESES DE TRAVAIL

A - <u>Les méthodes actuelles de la thérapie vaginale ne permettent pas aux médicaments utilisés d'agir dans un temps suffisant avec une activité soutenue</u>.

Cette évidence a dirigé les recherches contre la plupart des maladies infectieuses, tant pour améliorer les traitements internes que pour les traitements locaux externes. Contre les germes dont la reproduction est d'une intensité et d'une rapidité faciles à vérifier "in vitro", on doit s'attacher à opposer une constance telle de l'action thérapeutique minima, que la dernière colonie microbienne soit détruite avant un nouvel apport du médicament, imposé par une technique choisie. Cette notion de bon sens a bien été comprise en matière d'antibiothérapie-retard où l'on sait que le meilleur résultat sera obtenu quand on aura réussi à étaler une concentration suffisante pendant une durée ne laissant pas de répit à l'agent infectieux.

Une solution qui apparait comme simple, consisterait à changer le rythme des traitements.

La malde pourrait s'introduire des ovules, ou s'instiller des crèmes antiseptiques dans le vagin sept ou huit fois par 24 heures. Convenons cependant que l'expulsion permanente de l'excipient présenterait des inconvénients aggravés que l'on reproche déjà à l'usage plus modeste de ces pratiques.

On pourrait envisager aussi la possibilité en milieu hospitalier d'effectuer des poudrages, badigeonnage, aérosols, répétés jour et nuit toutes les quatre heures.

Nous pensons que les résultats pourraient être excellents, avec des produits non irritants bien choisis, et dont la liste serait bien limitée. Mais au prix de quels efforts et de quelles dépenses ! Pour ces mêmes raisons, nous excluons les irrigations continues du vagin, employées parfois, au temps de la grande infection puerpérale, par analogie avec ce qui avait été proposé pour certains traitements des plaies de guerre.

B - Les méthodes actuelles ne permettent pas aux agents actifs d'agir sur une surface de muqueuse suffisante.

Le vagin est une cavité virtuelle. Si les parois ne sont pas quelque peu tendues, des milliers de rides de la muqueuse réaliseront en fait des bourrelets tellement rapprochés à leur faîte, tellement accolés par le mucus ou le pus, que les sillons à leur base ne pourront jamais être imprégnés par les éléments de surface. Ajoutons que ce relief tourmenté est orbiculaire; en dehors des deux rigoles possibles d'écoulement de chaque côté de la colonne postérieure, il ne semble pas permettre aisément à des liquides déposés dans le tiers supérieur du vagin, de suivre des canalicules continus et nombreux, dans le sens longitudinal.

Il ne s'ouvre que deux possibilités :

- ou cheminer dans les deux thalwegs latéraux, en irriguant leur lit seulement,

- ou ruisseler en surface sur les mamelons représentés par des replis transversaux sans trouver de perméabilité suffisante pour s'infiltrer entre eux.

En pratique, nous l'avons vérifié, les écoulements suivront la première voie. C'est dans la profondeur des sillons que la flore sera la moins vulnérable; à telle enseigne que les germes anaérobies facultatifs (Bacilles de Döderlein, Trichomonas, etc...) s'y développeront dans les meilleurs conditions.

C - Nos méthodes actuelles et le choix de nos agents médicamenteux ne tiennent pas assez compte de la nécessité de substituer à une flore pathologique, la flore de défense du vagin sain.

La flore de pureté des degré 1 et même 2 (exclusivité ou prédominance des Bacille de Döderlein) est la flore de défense et même "d'auto-épuration" du vagin. Depuis 70 ans, les noms de Gynécologues éminents se sont inscrits dans la bibliographie de cette vérité bien classique maintenant (17 - 18 - 19 - 20 - 21).

Le pH fixé par ces germes bienfaisants au dessous de 5 (barrière de défense définie pas Schultheiss (22)) est celui du contenu vaginal sain; il n'est pas dans ces conditions de milieu un point de la muqueuse, si caché soit-il qui échappe à cette protection. Seuls les traumatismes, ou des contaminations massives pourront suspendre cette résistance. Le tréponème ou le Bacille de Koch peuvent s'installer sur le col et sur la vulve, ils respectent en général le vagin. Si le Trichomonas y est déposé, il ne devient agressif que lorsque les conditions de flore et de pH normaux ont été préalablement perturbées (23).

Toute thérapeutique in situ devra répondre à la première condition fondamentale de ne pas nuire à cette flore de défense, que rien ne remplacera en efficacité. Si tel ne peut pas être le cas, il faut, dès la cessation du traitement adopté, le faire suivre par une réimplantation massive de Bacilles de Döderlein (24). On pratiquera ainsi une thérapeutique de substitution et l'on aura remplacé une infection par une flore saine de défense, durable. Rien ne servira d'avoir stérilisé un vagin, si on le laisse à l'aventure.

Il est utile aussi de rappeler qu'une flore saine, mais d'abondance exagérée, peut provoquer une leucorrhée sans pus (25 - 26). Le pH est acide, au-dessous de 5, ce seul signe peut suffire à diagnostiquer ce syndrome parfois désagréable, fréquent surtout chez les jeunes filles et chez les gestantes. Il ne s'agit pas d'une infection, et trop nombreux sont les thérapeutes qui mobilisent dans ces cas des traitements injustifiés, qui ont pour premier effet d'exterminer cette flore hypohormonale. Quelques antiseptiques mineurs trouveront ici une indication pour freiner cette exhubérance; c'est bien ce que font les colpo-cytologistes dans les cas de cytolyse par excès de Bacille de Döderlein.

NOTRE METHODE DE THERAPIE LOCALE CONTINUE

Guidé par les trois hypothèses énoncées ci-dessus et après bien des tatonnements, nous avons conçu une solution avec le matériel que nous allons décrire.

Nous employons un objet en Rilsan (matière plastique stérilisable par la chaleur), que nous désignerons dans la suite de cet exposé, par le terme Tube T.L.C.(Thérapeutique Locale Continue). Voir figure 1. De forme tronconique, creux d'une longueur environ 5 cm, souple et très léger, cet objet présente un relief destiné à assurer son maintien lorsqu'il sera placé dans le vagin (E).

Son extrémité supérieure est percée d'un petit trou (A) et, sur toute la longueur de sa paroi, s'étagentquarante orifices minuscules (C)

Le culot du tube T.L.C. est mobile et minutieusement adaptable, sans solution de continuité (B). Enfin, un cordonnet de soie de 15 à 20 cm est passé par deux trous au-dessus du culot.

FIGURE 1

FIGURE 2

Figure 1

Le tube T.L.C. pourra être facilement introduit dans le vagin. Non irritant, il y sera toléré plusieurs jours sans que la patiente n'en perçoive la présence, autrement que par le petit cordonnet fixé à l'aide d'un minuscule leucoplaste sur la face interne de la cuisse. Ses dimensions, son relief ont été étudiés pour que son maintien soit le mieux possible assuré, et pour que la distension qu'il impose aux parois vaginales soit suffisante sans être incommode.

Nous disposons, en résumé, d'un support creux pouvant contenir des médicaments divers, capable de tenir ces derniers au contact de la paroi distendue du vagin, en permanence, pendant la durée que nous jugerons utile.

Les médicaments que nous choisissons sont incorporés à l'un des mélanges effervescents dont dispose la pharmacopée, compatible avec l'agent actif que nous voulons utiliser. Nous pourrons, après des essais convenables, disposer de différents tubes conditionnés avec les médicaments qui se seront révélés les plus efficaces pour tel ou tel but que nous voulons atteindre : infestation à Trichomonas, ou à Candida, implantation massive de Bacilles de Döderlein, hormonothérapie locale, vaginites non spécifiques etc... La stérilisation des tubes aura été effectuée.

MODE D'EMPLOI

La mise en place ne souffre aucune difficulté. Il semble préférable de la confier au praticien, de même que le retrait du tube après son temps de présence. Ainsi, ce dernier pourra assurer en même temps, les contrôles cliniques et biologiques.

Il suffit, pour déterminer l'effervescence à l'intérieur du tube de briser la pointe d'une ampoule d'eau distillée de 3 cc dans le trou ménagé à cet effet (en A), puis de casser l'autre pointe de l'ampoule. Très rapidement, l'on verra sourdre par chacun des 40 pores de la paroi du tube, de fine gouttelettes de l'excipient chargé du médicament. Le mélange effervescent a été choisi pour que son action soit étalée pendant le temps désiré.

Notre expérience nous a appris que 48 heures d'activité continue sont souhaitables. Un contrôle rapide du pH et de la flore à l'état frais et en coloration sur lame nous apprendront s'il y a intérêt à renouveler le même tube, à changer de médicament ou à implanter la flore à Bacille de Döderlein par un tube approprié.

La figure II nous montre comment le tube est disposé dans le vagin.

Figure II

Lorsque le praticien retirera le tube, en tirant sur le cordonnet, il constatera un écoulement abondant, qui s'échappe encore de l'objet. S'il n'est pas prévenu, son impression première risque d'être défavorable, car ce liquide est souvent verdâtre et ressemble parfois à du pus très liquide. Le vagin sera alors asséché avec du coton et les transformations cliniques apparaîtront.

Les tubes peuvent être utilisés sans le moindre inconvénient comme nous l'avons constaté des centaines de fois, chez les femmes enceintes.

La cliente sera prévenue de l'éventualité exceptionnelle de l'expulsion partielle du tube pendant la défécation. Elle n'aura dans ce cas qu'à le repousser d'un doigt.

RESULTATS COMPARES AVEC D'AUTRES METHODES

Nous avons retenus pour ces comparaisons, les résultats choisis parmi les plus intéressants dans notre précédente publication.

Nous allons examiner s'il y a un progrès possible en employant cette méthode nouvelle, pour :

- La Trichomycine, la Tétracycline, la Gramicidine, le Stovarsol.

ESSAIS AVEC LA TRICHOMYCINE

Nous introduisons dans le tube T.L.C. 5 tablettes de Trichomycine titrées à 50.000 u/trichomonas, soit en tout 250.000 unités Ces tablettes sont intercalées entre des couches de granulés effervescents.

On a traité ainsi 328 femmes atteintes de vaginite à Trichomonas, positives à l'examen direct sous lame. Les contrôle ont été effectués : à l'examen direct, puis sur lame colorée au Giemsa modifié et, enfin, en culture. Les résultats sont exposés dans le Tableau I.

TABLEAU I

ESSAIS AVEC LA TRICHOMYCINE

Au départ			Après 48 heures			Après 5 jours			Après 8 jours		
Nombre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nombre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nombre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nombre de cas	Flore pathogène	B. de D.
328	T.V.	0	31	T.V. + (direct	0	1	T.V. + (direct)	0	328	0	152 +
			4	T.V. + (Giemsa)	0	1	T.V. + (culture)	+			
			3	T.V. + (culture)	0	326	T.V. -	88			
			90	T.V. -	17 +			+			
Traitement			1 tube			2 tubes			2 tubes		

Abréviations : T.V. = Trichomonas Vaginalis
B.de D. = Bacilles de Döderlein

Commentaires

Nous avons choisi comme il apparait sur ce tableau, des cas de vaginites à Trichomonas, où la flore dite d'accompagnement était du type III (sans Bacilles de Döderlein) de façon à mettre en évidence la possibilité de réapparition spontanée de ce germe quand l'amélioration de la trichomonase s'affirme.

Après nos contrôles sévères, puisqu'ils comportaient pour conclure à la négativation, l'examen à l'état frais, la coloration au Giemsa modifié et les cultures, nous constatons :

- la rapidité de la méthode : sur 128 femmes revues après 48 heures d'activité continue, 90, soit 70,3 °/₀ sont négativées.

- la pleine efficacité de la Trichomycine avec ce mode d'emploi, puisque dans un délai de 8 jours, 100 °/₀ de nos 328 malades n'ont plus de Trichomonas dans le vagin.

- Le rétablissement spontané de la flore normale, puisque 152 malades sur 328, soit 46,3 °/₀ ont une flore à Bacilles de Döderlein après 8 jours de traitement.

Dans les 15 jours qui ont suivi la fin du traitement, la plupart des femmes ont pu être revues, soit 308. Elles étaient restées négatives. Dans les mois suivants, certaines sont revenues nous consulter et présentaient des récidives. Le traitement que nous appliquons depuis la fin de ce travail, au tractus urinaire féminin et systématiquement au partenaire aurait vraisemblablement évité ces récidives.

La supériorité des résultats obtenus par cette méthode d'emploi de la Trichomycine : en effet,si l'on se reporte à notre première publication, on remarque que l'emploi de la Trichomycine sous la forme de tablettes vaginales effervescentes placées deux

fois par jour dans le vagin, nous avait donné 42 éradications du parasite sur 56 observations, soit 75 °/₀ de succès seulement.

ESSAIS AVEC LE CHLORHYDRATE DE TETRACYCLINE

Nous introduisons dans le tube de la poudre de chlorhydrate de Tétracycline, incorporée dans des granulés effervescents;

La concentration de l'antibiotique est 4 °/₀.

Le tube après avoir reçu les 3 cc d'eau distillée, est placé dans le vagin.

Nos essais sont pratiqués sur un groupe de 31 femmes, dont:

- 4 avec une flore pure (degré 1) à Bacilles de Döderlein exclusifs.
- 9 vaginites à Trichomonas et flore 3 (sans Bacilles de Döderlein).
- 18 avec une leucorrhée non spécifique, sans bacilles de Döderlein.

Les résultats sont résumés dans le tableau II.

T A B L E A U I I

ESSAIS AVEC LE CHLORHYDRATE D'OXYTETRACYCLINE

Au départ			Après 48 heures			Après 5 jours			Après 8 jours		
Nombre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nombre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nombre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nombre de cas	Flore pathogène	B. de D.
4	0	+	4	0	-	4	0	-			
9	T.V. +	0	3	T.V. -	0	5	T.V. -	0	7	T.V. -	0
			6	T.V. +	0	4	+	0	2	T.V. +	0
18	germes variés flore3	0	18	-	0	18	-	0	18	-	0
Traitement	1 tube					2 tubes			2 tubes		

Abréviations : T.V. = Trichomonas Vaginalis
B.de D. = Bacilles de Döderlein

Commentaires :

La comparaison de ces résultats pourra être présentée, par rapport à nos essais, avec le Chlorhydrate de Terramycine employé dans notre premier travail sur d'autres méthodes.

1 - Les 4 femmes qui avaient une flore pure, ont vu, en 48 heures, tous les Bacilles de Döderlein disparaitre de leur vagin définitivement. Ils avaient résisté 8 fois sur 12 quand l'antibiotique était utilisé en tablettes effervescentes matin et soir pendant 5 jours; le Candida s'était ajouté dans 4 cas, il n'est pas apparu après l'usage du tube.

2 - Sur les 9 femmes prteuses de Trichomonas, 5 étaient guéries après 5 jours. Dans la méthode première, 5 fois sur 5 nous avons enregistré des échecs dans le même temps.

3 - Sur les 18 femmes à leucorrhée non spécifique, 18 avaient un vagin exempt de tous germes après 8 jours de traitement.

En somme, par ce procédé, et avec les antibiotiques du type Tétracycline, on peut débarasser un vagin de tous germes en 8 jours. Mais, parmi ceux-ci, les Bacilles de Döderlein sont aussi disparus. La flore vaginale est "à zéro". Un complément de traitement dans les délais rapides est nécessaire pour réimplanter une flore vaginale normale, sans abandonner le vagin "à l'aventure".

ESSAIS AVEC LA GRAMICIDINE

Nous utilisons des ovules secs de Gramicidine et d'acide borique, effervescents comme dans les essais de notre premier travail.

Nous en plaçons une dizaine dans le tube, sans autre excipient.

Nous versons les 3 cc d'eau distillée et nous plaçons dans le vagin.

Nous expérimentons sur 16 femmes atteintes de vaginites à Trichomonas et sur 8 femmes atteintes de leucorrhée non spécifiques.

Nos résultats sont résumés dans le Tableau III.

TABLEAU III

ESSAIS AVEC LA GRAMICIDINE

Au départ			Après 2 jours			Après 5 jours			Après 8 jours		
Nombre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nombre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nombre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nombre de cas	Flore pathogène	B. de D.
16	T.V. et flore variée type 3	0	10	T.V. ex. direct +	0 0	3	T.V. ex. direct +	1 + 2	1	T.V. ex. direct +	+
			2	T.V. color cult. +	0	1	T.V. cult. +	0 +	1	T.V. color +	0
			4	T.V. tous contrôlés -	2 +	12	T.V. -	5+ 7-	14	T.V. -	8+ 6-
8	germes variés abondts	0	8	germes très dimi.	2 + 6 0	8	germes rares	4 + 4 0	8	germes très rares	6 + 2 0
Traitement			1 tube			2 tubes			2 tubes		

Commentaires :

1 - Sur 16 femmes atteintes de vaginite à Trichomonas, 12 ne récelaient plus de T.V. 5 jours après le début du traitement avec deux tubes; chez 5 de ces 12 femmes, le Bacille de Döderlein était réapparu spontanément. En employant dans notre premier travail les mêmes ovules secs de Gramicidine, deux fois par jour pendant 5 jous, nous avions obtenu chez 14 femmes infestées par le T.V. 4 éradications seulement du parasite. Le Bacille de Döderlein n'était réapparu chez aucune. La méthode de traitement continu s'est donc montrée efficace plus rapidement et plus souvent.

2 - Sur 8 femmes atteintes de vaginite non spécifique, 4 étaient cliniquement guéries et avec une flore saine, après 5 jours et 2 tubes.

Avec l'usage de la Gramicidine dans ces mêmes cas, mais en ovules secs deux fois par jour, nous n'avions réalisé une flore saine qu'une fois sur 6.

3 - Nous avons vérifié en plus par cette méthode plus puissante, que la Gramicidine, comme la Trichomycine, n'empêche pas et peut-être même favorise la réapparition du Bacille de Döderlein.

ESSAIS AVEC LE STOVARSOL

Comme dans nos précédents essais par d'autres méthodes, nous avons utilisé des tablettes vaginales constituées par un mélange de 0,25 g de Stovarsol et 0,05 g d'acide borique.

Nous plaçons cette fois dans le tube 8 comprimés réduits en poudre, nous ajoutons des granulés de mélange effervescent et nous versons l'ampoule d'eau distillée de 3 cc.

Les résultats sont consignés, ci dessous, dans le Tableau IV.

TABLEAU IV

ESSAIS AVEC LE STOVARSOL

Au départ			Après 2 jours			Après 5 jours			Après 8 jours		
Nombre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nombre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nombre de cas	Flore pathogène	B. de D.	Nombre de cas	Flore pathogène	B. de D.
6	T.V. + +	0	4	T.V. + ex.direct	0	2	T.V. + ex.direct	0	1	T.V. + ex.direct	0
			2	T.V. -	0	1	T.V. +	0	5	T.V. -	0
						3	T.V. -	0			
Traitement			1 tube			2 tubes			2 tubes		

Commentaires :

1 - Par la méthode du tube T.L.C. le mélange de Stovarsol et d'acide borique employé dans notre premier travail sur les autres méthodes a provoqué, chez 6 femmes infestées par le T.V. la négativation :

après 48 heures 2 fois sur 6

après 5 jours 3 fois sur 6

après 8 jours 5 fois sur 6 soit dans 83,3 °/₀ des cas

En plaçant deux comprimés dans le vagin par 24 heures, nous avions négativé :

après 2 jours 0 fois sur 9

après 5 jours 2 fois sur 9

après 10jours 4 fois sur 9 soit dans 44,4 °/₀ des cas

Cette nouvelle méthode permet d'améliorer considérablement l'efficacité de ce composé arsénical sur la Trichomonase.

2 - Nous vérifions que, comme la plupart des antiseptiques, celui-ci ne laisse pas réapparaître le Bacille de Döderlein sauf exception.

ESSAIS PAR CETTE NOUVELLE METHODE D'AUTRES TRAITEMENTS AVEC LE DIPROPIONATE DE Ca.

Ces essais étaient destinés à l'étude de la thérapeutique des mycoses.

Alors que ce médicament s'était montré trop peu actif, lorsqu'il était employé sous la forme d'ovules, il nous a donné d'excellents résultats sur 35 observations.

En plaçant deux ou trois tubes de suite pendant 3 jours chacun, avec de la poudre de dipropionate de Ca dans un excipient effervescent nous avons obtenu, chez toutes nos malades des résultats négatifs sur gélose de Sabouraud. L'action a été moins rapide que celle de la Trichomycine et de la Mycostatine, mais ce médicament est moins onéreux.

ESSAIS AVEC LA CONESSINE

Ce Trichomonacide intéressant s'est révélé beaucoup plus décisif sous cette forme d'emploi, qu'en gelée. Il n'a pas semblé qu'il gêne la croissance du Bacille de Döderlein.

ESSAIS AVEC L'HYALURONIDASE

Nous avons traité une vingtaine de cas d'exocervicite, en plaçant dans des tubes successifs, un mélange de sulfamide en poudre, de Tétracycline, et d'Hyaluronidase dans des granulés effervescents.

La présence constante du tube et la pénétration favorisée par l'hyaluronidase, des antibiotiques et des antiseptiques, dans

les tissus enflammés, nous a apporté une guérison sans autres moyens dans 7 cas, et une amélioration telle dans 10 autres cas, qu'il a suffi d'une très modeste cautérisation pour finir.

ESSAIS AVEC LA DIBROMO-OXYQUINOLEINE

Alors que les tablettes vaginales ne nous avaient apporté que des déceptions, nous avons obtenu d'assez beaux succès en incorporant cette substance en poudre aux granulés effervescents à base de lactose placés dans les tubes.

Ce produit a réussi dans un grand nombre de cas de Trichomonase; il ne s'est pas montré irritant par sa présence constante sur la muqueuse du vagin.

ESSAIS AVEC L'ENDOMYCINE

Il s'agit d'un antibiotique réputé actif contre le Trichomonas. Nos essais, in vitro, avaient confirmé ce fait. Placé dans les tubes sous formes de poudre mélangée aux granulés de lactose, il a détruit le Trichomonas en quelques jours dans 7 cas sur 9, mais nous avons mis fin à son emploi, car il se montrait trop irritant pour la muqueuse vaginale.

ESSAIS AVEC LES HORMONES

Oestrogènes : Nous avons ajouté dans les tubes employés contre la trichomonase, 20 milligrammes de Novoestrine.L'action de la Trichomycine nous a paru renforcée en général et la croissance du Bacille de Döderlein a été plus évidente. Cette oestrogénothérapie locale doit bénéficier largement de cette méthode. C'est un procédé "retard, agissant directement sur le récepteur.

Progestérone : Nous avons mélangé des quantités diverses de progestérone aux granulés effervescents et nous n'avons constaté aucun inconvénient localement, au contraire. La croissance des Bacilles de Döderlein a été plus nette.

ESSAIS DE TRANSFORMATION RAPIDE D'UNE FLORE PATHOGENE EN FLORE SAPROPHYTE NORMALE

Ces essais réalisent les résultats les plus intéressants et les plus spectaculaires de la méthode que nous proposons.

Comme nous l'avons exposé plus haut, le problème ne consiste pas seulement à détruire une flore pathogène, mais aussi, pour avoir un résultat définitif, à rendre à la muqueuse vaginale sa flore saprophyte normale, sa flore naturelle de défense.

Il faut qu'à la fin de nos traitements, la prédominance bactériologique soit en faveur du Bacille de Döderlein, et que le pH reste fixé automatiquement dans la suite, au dessous de 5.

1er exemple :

Nous avons réduit la flore pure de 4 femmes "à zéro", ce qui peut s'obtenir facilement nous l'avons vu avec le Chlorhydrate d'oxytétracycline. Si nous abandonnons ces femmes ainsi, elles courent le risque de voir s'introduire, sur ce terrain expérimentalement privé de sa flore de défense, une flore pathogène nouvelle qui peut devenir dominante et persister.

Nous plaçons dans un tube du lactose en granulés légèrement effervescents et nous instillons dans le trou A, une ampoule de culture de Bacille de Döderlein, conservée en milieu de stabilisation. Le tube ainsi "amorcé" est mis en place dans le vagin qui sert d'étuve, pendant plusieurs jours.

La culture se développe en grande abondance. Deux jours après le pH vaginal est descendu au-dessous de 5. Sur lame colorée, on aperçoit de nombreux Bacilles de Döderlein. Deux jours plus tard encore, le pH vaginal s'est rapproché de 4, les Bacilles de Döderlein sont très nombreux sous leur forme la plus longue.

Nous agirons de la même façon avec :

9 femmes soignées pour vaginite à Trichomonas

18 femmes atteintes de vaginite non spécifique (flore du troisième degré).

Aucune de ces femmes n'avaient au départ de Bacilles de Döderlein dans leurs vagins.

Quand notre traitement sera terminé, après quelques jours, nous aurons :

- dans un premier temps, détruit la flore pathogène

- dans un deuxième temps, implanté la flore de défense
- dans les 31 cas cités ci-dessus, la réussite a été parfaite, facilement contrôlable par tout praticien disposant d'un simple microscope.

2ème exemple :

Dans un grand nombre de cas traités par la Trichomycine, pour une vaginite à Trichomonas (328 cas) on voyait réapparaître spontanément le Bacille de Döderlein comme test d'amélioration, puis de guérison.

Mais ceci ne se produisait pas dans tous les cas, malgré l'éradication du parasite.

Actuellement, dans l'emploi de la Trichomycine pour guérir les vaginites à Trichomonas, nous plaçons, dans le tube :

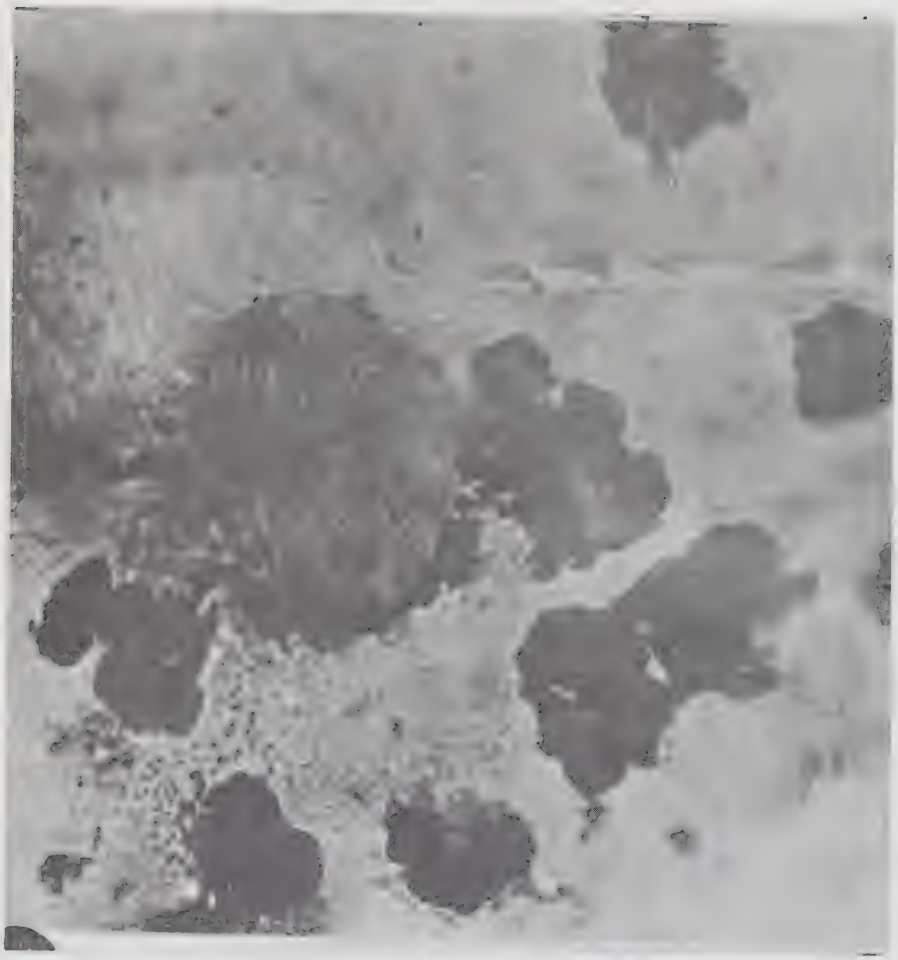
- des tablettes vaginales de Trichomycine.
- du lactose en granulés effervescents
- une ampoule de 3 cc de culture de Bacilles de Döderlein, au lieu des 3 cc d'eau distillée.

Comme la Trichomycine favorise la croissance du Bacille de Döderlein en un seul temps cette fois, nous tuons le Trichomonas et nous commençons à substituer à sa flore d'accompagnement, la flore pure qui manquait dans le vagin.

Pour plus de précautions encore, nous terminons en plaçant un tube ne contenant plus que des granulés de lactose effervescents et la culture stabilisée de Bacilles de Döderlein, comme dans notre premier exemple.

Les figures suivantes montrent les étapes réalisées en 8 à 12 jours de traitement sur une Vaginite à Trichomonas :

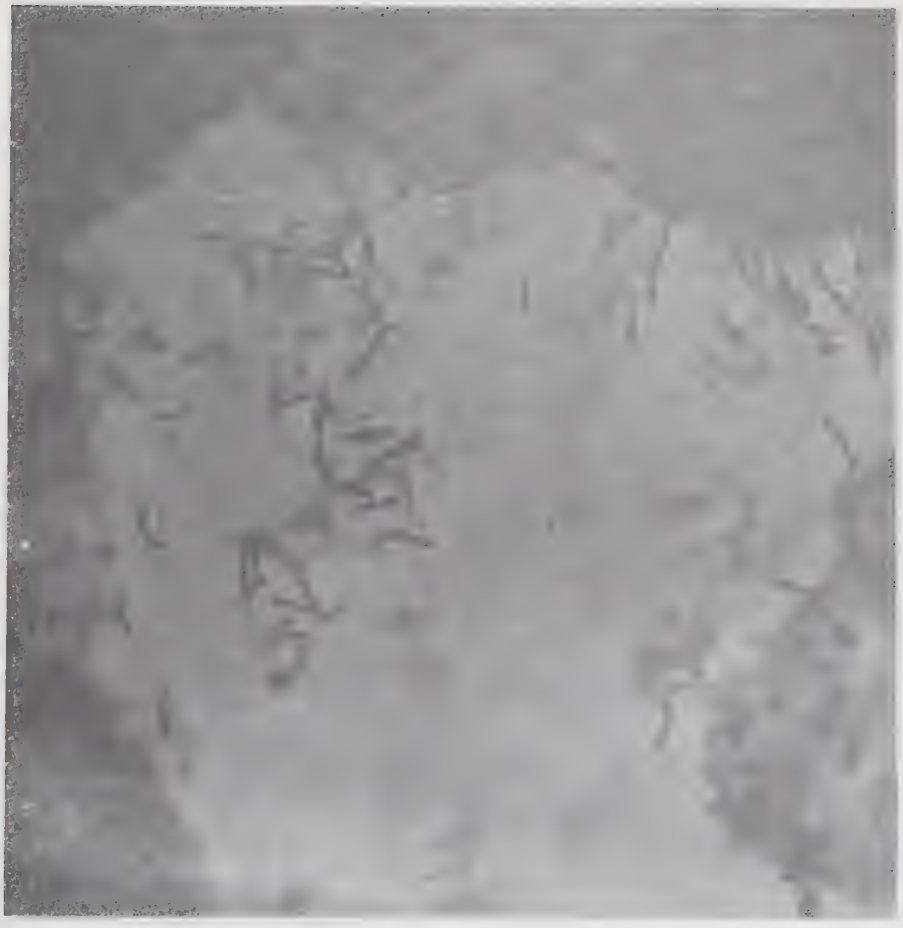
AVANT TOUT TRAITEMENT



TRICHOMONAS VAGINALIS - FLORE D'ACCOMPAGNEMENT
Coloration Giemsa modifiée.

APRES LE
PREMIER TRAITEMENT
Trichomonas disparu mais il reste la flore impure d'accompagnement.

APRES LE
DEUXIEME
TRAITEMENT
Trichomonas disparu flore impure disparue Flore de pureté I avec des formes filamenteuses de Bacilles de Döderlein.



C O M M E N T A I R E S

Ainsi pouvons-nous, avec l'emploi de cette méthode "jouer" avec les flores saprophytes et pathologiques du vagin, sous le contrôle direct du microscope. L'expérience est spectaculaire et à la portée de tout médecin, même omnipraticien, elle lui permet de diriger ou de modifier son traitement selon ses constats.

Ce travail a la prétention d'avoir démontré la possibilité d'un "nouveau" procédé d'introduction des médicaments dans les voies génitales basses de la femme.

Il peut paraître à priori tellement logique et de réalisation si facile, qu'on se demande s'il n'a jamais été imaginé déjà et même réalisé. Or, c'est un fait, que rien dans la littérature médicale (nous avons un fichier considérable sur ce sujet), n'a jamais été expérimenté dans ce sens et publié (1).

Les tubes employés très largement dans nos expériences chez des femmes gravides n'ont, en aucun cas, pu être accusés d'avoir été en cause dans des avortements ou dans des accouchements prématurés.

Enfin, la possibilité pour le praticien seul ou avec le concours d'un biologiste de pouvoir ajouter à son examen clinique, le test facile du contrôle sur lame des modifications de la flore et la mesure du pH vaginal, doit apporter, dans chaque cas, une conviction absolue de la supériorité de cette méthode sur les autres.

C O N C L U S I O N

1 - Dans la première partie de notre travail nous avons mis en évidence l'insuffisance des méthodes actuelles pour traiter les infections génitales basses de la femme, même avec les médicaments les plus réputés.

2 - Dans la deuxième partie, nous développons les hypothèses qui, selon nous, empêchent une efficacité totale des médicaments introduits dans le vagin :

a - leur action est trop discontinue.

b - la muqueuse vaginale non distendue ne permet pas aux médicaments d'imprégner le fond des rides de la paroi vaginale.

c - il est indispensable de préserver ou de rétablir la flore normale à Bacilles de Döderlein du vagin.

3 - Nous proposons l'usage d'un objet en matière plastique destiné à maintenir plusieurs jours, sans inconvénients, l'action continue des médicaments dans le vagin.

4 - Les essais comparatifs des mêmes médicaments utilisés par d'autres méthodes ou par celle-ci, dans les mêmes cas, prouvent la supériorité de cette dernière.

5 - Nous montrons comment nous pouvons alors en quelques jours, substituer une flore vaginale du 1er degré de pureté, à une flore pathologique de vaginite.

Vu, le Président de Thèse :
Professeur R. MERGER

Vu, le Doyen de la Faculté :
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

1. -
Allison -1943- South Amer. J. Med. 36 pp 821-23

2. -
Bauer -1954- Zeitschr. F. Haut. u. Geschlecht. 16-5-1952

3. -
Symposium sur infestations à Tr. -1957- Reims-Masson Ed. Paris

4. -
Symposium de Montréal -1960- Karger - Ed. Bâle

5. -
Catteral -1960- Brit. med. J.; 16 Avril 1960 -pp 1177-79

6. -
Chappaz -1955- B. Méd. Paris N° (1 et 2)

7. -
Crouch, Reese, Boudreau -1953- U.S. Amer. Forces M.J. 4-; 1159-65

8. -
Durel et Roiron -1957- Gyn. Prat. N° 6

9. -
Jirovec et Peter -1959- J. of Hyg. Epid. Mikrob. a Immun. III-I95- P. 209

10. -
Rakoff -1947- Am. J. of Obst. and Gyn. 42 - pp 276-80

11. -
Block -1959- Acta Obst. Gyn. Scandin. Vol. 38 - N° 4

12. -
Rapports Bertrand, Chappaz, Kostic, Bauer, Kean, Bedoya au Symposium de Montréal (Voir 4)

13. -
Rapports de Ottolenghi, Preti, Bedoya, Kucera, Piccinelli, au Symposium de Reims (voir plus haut N° 3)

14. -
Rapport Alex. perju, Symposium Reims (Voir 3)

15. -
Kean-Am. J. of Obst. and Gyn. 1955-70- N° 2 - pp 397-402

16. -
Palazetti -1959- Minerva Gin. Vol. II -N° 10- pp 421-25

17. -
Schroder-Dtsch. Med. Woch. T56 -N° 27-14, p. 730

18. -
Davis a. Peare -1938- Am. J. of Obst. and Gyn. N° 1

19. -
Brown et Redowitz -1934- Am. J. of Obst. and Gyn. 27-pp 795-98

20. -
Döderlein -1894- Zbl. f. Gyn. 10

21. -
Kronig u. Menge -1897- Leipzieg

22. -
Schultheiss -1929- Arch. Gyn. 136 - pp. 66-94

23. -
Chappaz et Chatellier -1951- Volume Doin Edit. Paris

24. -
Chappaz -1942- Gyn. et Obst. -1er Février- T. 42

25. -
Chappaz -1955- Gyn. et Obst. T. 4- N° 1

26. -
Chappaz -Congrès Feder. Stés Obst. et Gyn. Paris 5 Oct. 1946

Ouvrages consultés.

CHAPPAZ-Hormones génitales et Biologie du Vagin-Vigot Ed. Paris 1945

TRUSSELR. E. Trichomonas Vaginalis a ; Trichomoniasis-Thomas, Springfiel 1947.

CHAPPAZ et CHATELLIER-Vaginites à Trichomonas-Doin ed. Paris 1951

PEREZ M.L. et Blanchard O.- Trichomoniasis Vagin. El Ateneo- Ed. Buenos Aires - 1944

CANDIANI- La Trichomoniasi Vaginale-Edizione Scient. Salpetria- Firenze - 1946

SANNICANDRO-Biologia della Vagina- Humanitas Nova-ROMA- 1946

SYMPOSIUM de REIMS - Les Infestations à Trichomonas-Masson Ed. Paris 1957.

SYMPOSIUM de MONTREAL-Urétrites non gonococciques et Trichomonas Hum. Karger - Ed. Bâle.

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V^{e}
Téléphone : ODÉon 58-9[illegible]